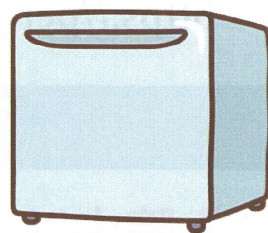
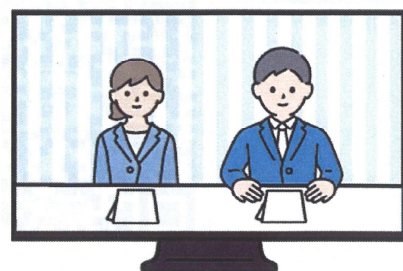


日額定額制レンタルサービスのご案内

テレビ・冷蔵庫
Wi-Fi

PERS Pay®

1日500円(税込)



患者さんの入院環境向上と、ご家族の方の手間や負担軽減を目的としてテレビ・冷蔵庫を日額レンタルでご用意しております。

テレビ・冷蔵庫・Wi-Fi

地上デジタル・BSデジタル放送
インターネット・動画

見放題! 使い放題!

お申し込み・お支払い方法は裏面をご覧ください
お問合せ窓口



050-5526-1065

受付時間 平日 月～金 10:00～18:00

設置・運営 株式会社パースジャパン



PERS JAPAN CO., LTD.



お申し込み方法

ご自身のスマートフォンまたはPCにて、下記QRコードまたはURLよりお申し込みください。
紙でのお申し込みをご希望の方は病院スタッフまでお申し付けください。

QRコード



※ 申し込み完了の返信メールは
送信していません。

※ 退院の際のお手続きは不要です。

<https://persjapan.com/suzu/>



お支払い方法

ご入院中は、毎月1回(月末締め)請求させていただきます。

請求書後払い お支払い方法をお選びいただけます。詳しくは請求書をご覧ください。

- 請求書は(株)キャッチボールもしくは(株)パースジャパンよりご利用終了後
またはご利用料金の2万円超過後、2～3週間程度でお届けします。
- 初回のご請求には、請求書発行(後払い)の手数料として240円(税込)を
ご利用料金とは別にご負担いただきます。
2回目以降のご請求に関して請求書発行手数料はかかりません。
- お支払いに関して別途手数料がかかる場合があります。

【コンビニエンスストア】お支払い時の支払手数料無料

【スマホ決済】アプリ決済時の決済手数料無料

【郵便局・銀行】振込手数料をご負担いただきます。

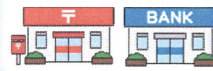
支払手数料
無料



LINE
PayPay



振込手数料
ご負担



ご利用上の注意

- 本サービスは入院費とは別のお支払いとなります((株)パースジャパンとの契約となります)。
- お申し込み後はご利用の有無にかかわらず、開始日から終了日まで全日数分の料金が発生いたします。
(例)入院日4/1(10:00) → 退院日4/6(10:00)は、6日間×500円=3,000円です。
- 時間にかかわらず、開始日、終了日(入退院日)も料金が発生いたします。
- 外泊時などで終日病院を不在にされる場合は、料金は発生いたしません。
- お支払いについては、上記「**お支払い方法**」の内容をよくご確認ください。
- **ご利用料金の請求は、ご入院中は毎月1回(月末締め)、退院の際は退院後に請求させていただきます。**
- 当社が取得した個人情報は、本サービス以外には利用いたしません。

入院生活での日額定額制レンタルサービス PERS Pay® のご案内

お申し込みは、入院当日の受付時間短縮のため、事前申し込みのご協力をお願いいたします。

ご利用サービス	テレビ・冷蔵庫・Wi-Fi 日額 500円(税込)
お支払い方法	請求書後払い お支払い方法の選択可能。詳しくは請求書をご覧ください。 - 請求書は(株)キャッチボールもしくは(株)パースジャパンよりご利用終了後またはご利用料金の2万円超過後、2～3週間程度でお届けします。 - 初回のご請求には、請求書発行(後払い)の手数料として240円(税込)をご利用料金とは別にご負担いただきます。2回目以降のご請求に関して請求書発行手数料はかかりません。 - お支払いに関して別途手数料がかかる場合があります。 
お申し込み方法	事前申し込みは右のQRコードまたは 下記URLよりお申し込みください。 お申し込みURL : https://persjapan.com/suzu/ 申込書記入によるお申し込みは、下記の必要事項にご記入の上、入院時に病院スタッフへご提出ください。 
お問合せ窓口	 050-5526-1065 ※ お問合せには通話料がかかります。 受付時間 平日 月～金 10:00～18:00 設置・運営:株式会社パースジャパン

レンタルサービス利用申込書

- 本サービスは入院費とは別のお支払いとなります(株)パースジャパンとの契約となります。
- お申し込み後はご利用の有無にかかわらず、開始日から終了日まで全日数分の料金が発生いたします。※終日不在時は除く
- 時間にかかわらず、開始日、終了日(入退院日)も料金が発生いたします。
- お支払いについては、上記「[お支払い方法](#)」の内容をよくご確認ください。
- [ご利用料金の請求は、ご入院中は毎月1回\(月末締め\)、退院の際は退院後に請求させていただきます。](#)
- ID・ベッド情報等を、請求に必要な情報として病院よりいただきます。
- 当社が取得した個人情報、本サービス以外には利用いたしません。

パースジャパン控

赤枠内は記入必須項目です。 ※ 複写式のため、強い筆圧でご記入ください。

右の口に ✓チェックを 入れてください	☐ 私は上記事項を確認し、内容を理解した上でレンタルサービスを申し込みます。 サービスに関する利用規約並びにプライバシーポリシーについての内容を確認し同意します。 (利用規約・プライバシーポリシーは裏面に記載しております)		
記入日	年 月 日	ご利用開始日	年 月 日
【患者様情報】※ミドルネームがある方は、姓・名欄の間にご記入ください。			
氏 名	フリガナ 姓	名	
携帯電話番号	携帯番号※携帯をお持ちでない方はご自宅の電話番号		生年月日 西暦・和暦どちらでも構いません 年 月 日
料金をお支払いになる方	☐ 患者様ご本人 ☐ 同居人 ☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他		

【ご契約者様情報】※ 料金をお支払いになる方(患者様ご本人がお支払いの場合は、住所のみご記入ください)

氏 名	フリガナ 姓	名	生年月日 西暦・和暦どちらでも構いません 年 月 日
住 所			都 道 府 県
	町村名・番地		建物名・部屋番号
携帯電話番号	携帯番号※携帯をお持ちでない方はご自宅の電話番号		E-Mail (任意)